Dal BOLLETTINO CLINICO-SCIENTIFICO
DELLA POLIAMBULANZA DI MILANO
Anno XXII – Fascicolo 10 - 11 – 1907

Dott. GEROLAMO BAGOZZI

Chirurgo aggiunto dell'Ospedale Maggiore

Dirigente la Sezione Urinaria della Poliambulanza di Milano

DI ALCUNI TUMORI VESCICALI



MILANO
TIPOGRAFIA GIOVANNI GHEZZI
Via Ospedale, 3

1907.





Dott. GEROLAMO BAGOZZI

Chirurgo aggiunto dell'Ospedale Maggiore

Dirigente la Sezione Urinaria della Poliambulanza di Milano

DI ALCUNI TUMORI VESCICALI

Pubblicando le storie cliniche di sei ammalati di tumore vescicale, che ebbi occasione di studiare ed operare, tre nel 1905 e tre nel 1907, non ho altro intendimento che quello di aggiungere alla casistica, già molto ricca, dei neoplasmi vescicali, il mio contributo, modesto, ma certamente interessante tanto dal lato diagnostico quanto dal terapeutico.

Nella pratica professionale ebbi occasione di osservare altri sei casi di neoplasma vescicale. sospettati dalla sintomatologia clinica, dimostrati dal cistoscopio, ma gli ammalati non acconsentirono all'operazione, e di questi solo accennerò nell'esporre alcune pratiche considerazioni che verranno appresso alle storie cliniche.

1.° CARCINOMA infiltrato occupante parte del trigono e della metà sinistra della vescica.

V.... Giovanni, d'anni 58, commesso, da Milano.

Entra al padiglione Litta il 20 febbraio 1905.

Nulla di notevole nel gentilizio nè nel suo passato patologico. Dice di non aver mai sofferto affezioni veneree e di non aver mai abusato di bevande. La malattia attuale, per la quale ricorre all'ospedale, data da circa sei mesi. Si alzò una notte per mingere e nell'emissione delle urine avvertì una speciale sensazione. Al mattino s'avvide che nel vaso vi era molto sangue. L'ematuria continuò ad intervalli con remissioni ed intermittenze di breve durata ed all'ematuria si aggiunse in seguito dolore durante la minzione, dolore che in questi ultimi tempi si è andato accentuando e localizzando all'ipogastrio ed al glande. Anche la frequenza è di molto aumentata, sì di giorno che di notte. Il sangue che accompagna le urine ha sempre colore vivo, colore che si accentua alla fine del getto, tanto che le ultime goccie assumono spesso l'aspetto di sangue puro. Talora la prima parte del getto è abbastanza chiara. Da un mese l'ematuria è continua. Nel vaso si vedono al fondo grossi coaguli informi: ma il paziente non ne avverte l'missione durante il mitto. Le cure mediche, le lavature e le instillazioni vescicali non portarono giovamento.

Soggetto anemico, deperito, a scheletro regolare, a pelle e muscoli flosci. L'esame somatico in genere è negativo: lieve soffio anorganico alla punta del cuore. I reni non si palpano nè sono dolenti: il decorso ureterale è pure indolente: non esistono tumescenze addominali. La palpazione all'ipogastrio è negativa: la palpazione combinata colla esplorazione rettale fa rilevare, al di sopra della prostata, che è un po' ingrossata, una resistenza non dolente nè bene definibile nei suoi caratteri. L'uretra è libera: la vescica non ha residuo. Facendo una iniezione endovescicale di acqua sterilizzata, questa ritorna colorata in rosso specialmente nelle ultime goccie, che assumono vera apparenza sanguigna. Con un esploratore metallico si osserva che il becco di esso mentre può essere girato nella metà destra della vescica, non lo può essere affatto nè al fondo, nè a sinistra, ove incontra una resistenza valida, carnosa.

La cistoscopia dà scarsi risultati per l'intorbidamento rapido del liquido, per la distensione vescicale relativamente piccola e perchè il cistoscopio non ha libera escursione a sinistra. A destra la vescica è congesta: girando il cistoscopio, per quanto si può. verso sinistra, e dando al padiglione dello stesso una forte inclinazione verso il basso, si rileva una massa oscura, a caratteri che non si possono precisare.

All'esame delle urine rilevasi: lieve acidità, p. sp. 1020, urea gm. 19.250 per litro: globuli rossi in copia costituiscono quasi tutto il sedimento: si notano anche cellule epiteliali abbondanti ma senza speciali caratteri. Nelle urine: osservate per qualche giorno, non si notarono frustoli od elementi di tumore.

Non pertanto la diagnosi non poteva esser dubbia. Esisteva certamente un tumore vescicale alla parte sinistra della vescica che ci veniva rivelato dai caratteri speciali dell'ematuria, dal dolore e dall'esame obbiettivo. La mancanza di esame positivo di frustoli del tumore, i scarsi dati che ci venivano dall'esplorazione rettale non potevano illuminarci sulla natura del neoplasma. Tuttavia il deperimento dell'infermo, la sua anemia dipendente dall'ematuria continuata, i dolori, erano indicazione netta ad un intervento almeno palliativo.

Operazione 15 marzo 1905. Aperta la vescica ampiamente fin verso la sua cupola dalla via sovrapubica, si può toccare e vedere un tumore occupante parte del trigono e buona parte della parete vescicale sinistra, non peduncolato, a larga base d'impianto, ulcerato alla sua superficie, comprendente la regione dello sbocco ureterale corrispondente. L'ematuria, che si ha al primo aprire della vescica, viene abbastanza bene domata in seguito col tamponamento. Applicato il divaricatore bivalve di Legueu, ad esso fisso i bordi vescicali con fili sospensori di seta: in tal modo si può dominare la cavità vescicale bene esposta alla luce colla posizione di Trendelenburg. La cistectomia totale sarebbe stata indicata come intervento radicale, ma le con-

dizioni generali dell'infermo sembravano controindicare il grave intervento. Nè era possibile la resezione parziale della vescica, occupando il tumore gran parte del trigono. Mi attenni ad un operazione palliativa e, seguendo i precetti del Guyon, asportai tutto quanto di tumoremi fu possibile colle forbici, causticando le parti ove i taglienti non potevano essere manovrati. Potei così bene approfondarmi nello spessore della parete vescicale. Chiusi in parte la vescica, zaffando la vescica con garza iodoformica ed applicando i tubi Perrier-Guyon.

Il decorso postoperativo fu normale: il malato fu sempre apiretico: le urine non erano che leggermente tinte in rosso. Lo zaffo di garza fu tolto dopo due giorni nè più rimesso. Il paziente cominciò a nutrirsi, si sentì sollevato nelle forze. Data però la natura del male egli dovette passare nel comparto dei cronici, ove la ferita operatoria si chiuse, ma il tumore recidivò dopo circa tre mesi. Il paziente resistette fino all'autunno, in cui morì in preda a grave cachessia carcinomatosa e per l'anemia prodotta dalle continue ematurie, resistenti a qualsiasi intervento medico.

L'esame dei pezzi asportati del tumore aveva fatto rilevare trattarsi di carcinoma infiltrato.

Era giustificato l'intervento in questo caso? Anzitutto il paziente non ebbe accorciata la vita dall'atto operativo, senza del quale l'esito finale sarebbe stato assai prossimo per l'incessante ematuria, che fu troncata per qualche tempo dall'intervento, il quale diede modo all'ammalato di fisicamente e moralmente sollevarsi. Penso poi che se si fosse proceduto ad un nuovo intervento con asportazione del tumore neoformato, recidivo, la fine del paziente sarebbe stata ancora dilazionata. Sono noti nella letteratura urinaria molti casi di operazioni ripetute, che arrecarono ai pazienti una sopravvivenza discreta, talora di anni (Guyon).

2.° PAPILLOMA della parete laterale sinistra della vescica.

B.... Pietro, d'anni 35, fuochista, di Sedriano.

Entra al Padiglione Litta il 22 febbraio 1905.

Ha viventi i genitori sanissimi, ha fratelli e figli sani. Egli non sofferse malattia di qualche importanza, lavorò sempre, pur non essendo di grande robustezza. La malattia attuale data da otto anni. Non ricorda bene come sia cominciata: tuttavia dice che i suoi disturbi consistettero sempre in dolori terminali della minzione ed in ematurie modiche ad intervalli. Ebbe dei periodi di sosta e dei periodi d'ematuria, sempre di poca importanza, durati alcuni mesi. Negli intervalli però le urine non si facevano mai limpide e lasciavano un fondo talora biancastro, talora roseo. Le cure fatte consistettero in bagni, dieta lattea, balsamici e riposo a letto durante l'accentuarsi dei disturbi. Qualche anno in avanti venne ricoverato in una sala ospitaliera, ove venne curato per cistite, ma con soli mezzi medici.

All'esame somatico egli appare un uomo a scheletro regolare, piuttosto piccolo con pannicolo adiposo e musculatura scarsi: in complesso è un uomo poco robusto. Il colorito del volto e della pelle è però roseo. Nulla si rileva all'esame toracico. All'addome non si palpano ghiandole mesenteriche, nè i reni: la palpazione lungo gli ureteri ed all'ipogastrio è negativa. L'esplorazione rettale combinata, previa evacuazione della vescica, non fa assolutamente nulla rilevare: la prostata è normale. L'uretra è libera, la vescica discretamente distendibile, senza residuo. Un esploratore metallico percorre liberamente la vescica senza nulla farci notare.

Col cistoscopio si scopre, a tre centimetri circa all'innanzi ed un po' in alto dello sbocco ureterale sinistro, un rilievo carneo rotondeggiante, fisso, del volume d'una nocciola, a superficie alquanto irregolare, non ulcerata. Il trigono e la mucosa circostante al tumore sono alquanto congesti.

Esame delle urine: torbide, rossicce, p. sp. 1016: urea gm. 15 circa per litro. Al sedimento si rilevano globuli

rossi ben conservati e notevole aumento dei globuli bianchi: nessun frustolo speciale, nè bacilli di Kock.

La diagnosi in questo caso è tutta dovuta al cistoscopio, senza del quale nulla di positivo si sarebbe potuto conchiudere. Infatti i sintomi non erano di cistite, mancando la frequenza dell'urinazione e la vescica potendo essere distesa. D'altro lato l'ematuria non aveva note caratteristiche e piuttosto si adattava alla forma dell'ematuria tubercolosa che non a quella da tumore. Però mancavano gli altri dati per concludere trattarsi di forma tubercolare: nulla ai reni, nulla alla prostata, agli epididimi, alle vescichette seminali. Di più la forma datava da otto anni ed una lesione tubercolare avrebbe dovuto compiere già la sua completa evoluzione. Il cistoscopio dunque ci tolse ogni difficoltà.

27 febbraio 1905. Operazione. Cistotomia sovrapubica mediana previa posizione di Trendelemburg: applicazione del divaricatore bivalve, ampia apertura longitudinale della vescica, con fissazione dei suoi bordi al divaricatore. Constatato, coll'esplorazione digitale e colla vista, l'esattezza della diagnosi, afferro il piccolo tumore col klemmer da tumori del Guyon ed incido la mucosa tutt'attorno a forma di losanga. Distaccato bene il tumore alla sua base, applico alcuni punti di sutura in catgut. L'emostasi è completa. Tuttavia anche in considerazione della non completa asepsi della vescica , chiudo la stessa in parte, applicando i tubi Perrier Guyon

Il decorso postoperativo fu turbato dalla persistenza della fistola vescicale che durò alcuni mesi e che mi costrinse ad interventi complementari, praticando due volte la plastica ed obbligandomi al drenaggio perineale. Salvo queste complicazioni la guarigone fu definitiva : le urine si fecero e si mantennero chiare ed i dolori della minzione cessarono completamente.

L'esame del tumore rilevò trattarsi di papilloma epiteliomatoso non infiltrato, il che ci permise di stabilire una prognosi favorevole, confermata dai fatti.

3.° ADENO-CARCINOMA infiltrato, voluminoso, peduncolato della parete infero-laterale sinistra.

G.... Angelo, d'anni 55 tipografo, vedovo, di Milano.

Entra al Padiglione Litta il 10 luglio 1905.

Il di lui padre morì assai vecchio, la madre a 50 anni di carcinoma uterino. Ha due figli sani. Egli sofferse due volte di polmonite: ebbe in gioventù blenorragia di cui guarì bene: è discreto bevitore.

La malattia attuale è caratterizzata da dolore intenso, frequenza, sangue nelle minzioni. Questi disturbi s'iniziarono nell'inverno passato e cominciarono con una ematuria imponente verificatasi dopo un disordine dietetico. Riposo e vescica di ghiaccio sull'addome fecero cessare in alcuni giorni il fenomeno. Però qualche traccia di sangue esisteva sempre nelle urine ed a questo si aggiunsero dolori e frequenza nel mitto che crebbero gradatamente, per nulla influenzati da cure interne. Accessi ematurici gravi si ripeterono ancora ad intervalli di giorni, talora di settimane. Durante l'accesso le sofferenze crescevano per l'espulsione dolorosa dei coaguli. Venne dapprima sottoposto a qualche lavatura vescicale che accentuava però il dolore. Un collega pensò si trattasse di calcolo vescicale con cistite e lo inviò all'ospedale. In sala Resnati rimase dal 20 al 28 maggio 1905, colla diagnosi d'*Ematuria*, poi uscì, per entrare il 10 luglio al p. Litta. Nell'intervallo era venuto a consultarmi ed io avevo potuto stabilire con esattezza la diagnosi,

Si tratta di un uomo di costituzione robusta, ma deperito, assai anemico, con visceri in genere sani. I reni non sono palpabili: alla palpazione ipogastrica si nota una resistenza che potrebbe essere ritenuta per la vescica distesa, ma una sonda messa in vescica evacua soltanto pochi grammi di liquido sanguinolento e la tumescenza ipogastrica diminuisce di poco. L'esplorazione rettale combinata ci fa rilevare che la prostata è poco più ingrandita del normale, ma però molta dura; di più che la vescica è tutta occupata da un corpo discretamente elastico,

voluminoso e cbe può essere un p... ballottato tra il dito rettale è la mano ipogastrica. Non ... possono fare altri rilievi. Un esploratore vescicale en... a stento in vescica, ruotolandolo a destra, e non vi pu... ssere in alcun modo manovrato.

Per questa ragione, per l'emat... che si accentua ad ogni manovra e specialmente pel f... della capacità ridottissima vescicale non è possibile ...nsare ad un esame cistoscopico.

Le urine alcaline lasciano molt... coaguli al fondo del vaso, ove per alcuni giorni si ricerc...no eventuali frustoli di tumore. Un piccolo lembetto carneo viene trovato, tutto costituito da elementi epiteliari disposti a villi.

Per questo e pei dati anamnestici, per la rapidità di evoluzione, per l'esame obbiettivo si imponeva la diagnosi di epitelioma della vescica.

Il paziente invocava un atto operativo che mi sembrava giustificato dall'ematuria, dalle sofferenze dell' infermo e dal fatto che il tumore, alquanto mobile, non sembrava prendere estese adesioni colla parete vescicale.

Il 19 luglio, cistotomia sovrapubica. Essa viene eseguita come nei casi precedenti, scollando più che è possibile il peritoneo verso la cupola vescicale e sbrigliando in parte l' inserzione dei muscoli retti d...'addome. La vescica è tutta occupata da un tumore ro...ndeggiante aderente alla stessa per mezzo d'un grosso p...duncolo situato a sinistra fuori del trigono. Il tumore, c...n moderate trazioni, può essere in parte dislocato, sì che mi è possibile portargli sul peduncolo il robusto klemmer del Guyon ed esciderlo al disopra di esso. Il peduncolo dà sangue non essendo del tutto ristretto dall' istrumento : l'escisione di questo peduncolo è quindi molto laboriosa. Tuttavia riesco ad asportarlo, approfondandomi colle forbici nello spessore della vescica, ed a praticare una sutura con catgut a sopraggitto sulla larga breccia. Ottengo così una discreta emostasi. Zaffo e dreno la cavità vescicale e ne suturo in parte le pareti.

Il paziente fu preso da collasso sì che necessitarono diodermoclisi ed iniezioni ripetute. In capo però a qualche giorno il pericolo d'una fine rapida fu scongiurato e salvo qualche rialzo termico, tutto procedette regolarmente.

I tubi ipogastrici furono sostituiti dopo dieci giorni con sonda uretrale. L'ammalato uscì guarito il 10 settembre, 52 giorni dopo l'intervento.

Il tumore (che conservo) del volume di un grosso pugno di adulto, pesava gm. 230, ed al microscopio risultava un carcinoma a forma infiltrata, a piccole cellule, in parte alveolare: in taluni punti risulterebbe un adenocarcinoma (punti di partenza la prostata ?) (dott. Greppi).

Nel dicembre 1905 ebbe di nuovo leggera ematuria, poi più nulla. Però accusava sempre forti dolori all'ipogastrio ove potei notare una riproduzione metastatica del tumore nelle pareti muscolari dell'addome.

Rioperatolo (febbraio 1906, p. Litta) si trovarono i muscoli retti infiltrati da masse carcinomatose, che si asportarono ampiamente. La recidiva in sede fu rapidissima ed il malato morì nel maggio nel comparto cronici, per cachessia carcinomatosa.

Alla sezione necroscopica si è potuto constatare che la vescica era infiltrata dal neoplasma per buon tratto attorno alla cicatrice operatoria, mentre nulla esisteva nella cavità vescicale in corrispondenza del punto d'impianto del tumore primitivo. Si trattava dunque di vera matastasi.

La rapida recidiva non infirma l'indicazioue operatoria, poichè anzitutto si sono dati all'infermo alcuni mesi di vita tranquilla; poi bisogna tener presente che le indagini cliniche potevano lasciar supporre una relativa benignità del tumore, per l'esistenza dei villi, per la mancanza di infiltrazione rilevabile delle pareti. Ora il Guyon ha insegnato che i sintomi d'infiltrazione rilevabile coll'esplorazione rettale sono in ragione diretta della malignità del tumore.

4.° PAPILLOMA VILLOSO, assai prossimo allo sbocco ureterale sinistro.

G... Francesco, d'anni 34, ragioniere, coniugato, di Milano.

Maggio 1907: Casa di salute (assistenza dott. Montegnaccoco e Medaglia).

Il padre morì a 60 anni d'infiltrazione urinosa, la madre è sana. Egli sofferse le solite malattie dell'infanzia, una blenorragia a 20 anni, spesso di dispepsia gastrica. Non ebbe sifilide, non fece malattie di qualche importanza, ma fu sempre piuttosto gracile.

La malattia di cui è ora affetto iniziò nello scorso gennaio. Alzandosi un mattino, s'accorse che nel vaso vi era del sangue e che continuava ancora ad avere urine sanguinolenti. Il medico che lo assistette allora, non potendo fare una diagnosi, curò l'ammalato sintomaticamente con riposo, ghiaccio, emostatici. Il sangue diminuì fino a scomparire in capo a pochi giorni. Rimase però non poca molestia nella minzione specie al termine di essa e le urine si mantennero leggermente torbido roseo Nel marzo, senza causa apprezzabile, l'ematuria si ripetè ma meno grave della prima. Fu ripetuta l'egual cura ed il sangue cessò ancora una volta. Ma questo secondo attacco impensierì medico ed ammalato, che decisero di sentire il parere di altro sanitario. Si temporeggiò fino alla metà d'aprile, quando insorse un terzo attacco d'ematuria, che continuò per varii giorni con modica intensità, protraendosi poi sotto forma di poche goccie sanguigne terminali. Quando fui invitato a visitarlo, le condizioni erano appunto così: il malato aveva una modica frequenza, la minzione era leggermente dolente e terminava con qualche goccia di sangue.

L'esame somatico ci faceva conoscere il nostro ammalato come un uomo normale in tutto salvo discreta gracilità congenita. Per quanto si riferisce all'apparato genito-urinario, l'esame obbiettivo era completamente negativo: nulla ai reni, agli ureteri, all'ipogastrio: testicoli sani, prostata e vescichette normali: esplorazione rettale combi-

nata negativa: uretra libera. lieve spasimo dello sfintere uretrale, residuo vescicale nullo. L'esploratore metallica non incontra ostacoli nè rileva corpi estranei in vescica.

L'esame delle urine (dott. Ronchetti) oltre ai globuli del sangue piuttosto abbondanti e ad un reperto chimico normale, ci dà esistenza abnorme di cellule superficiali della vescica. Di più un piccolo lacerto microscopico lascia qualche incertezza sulla sua disposizione a villo. Non esistono bacilli di Koch.

Frattanto pratico la cistoscopia e scopro un tumore villoso a villi lunghissimi, trasparenti, delicatissimi e ben natanti nel liquido, grosso complessivamente come una noce e situato a pochi millimetri di distanza dallo sbocco ureterale sinistro. L'aspetto al cistoscopio di questo tumoretto è veramente interessante.

Stabilita così la diagnosi della affezione morbosa non ritengo necessarie altre indagini ed opero il paziente il giorno 1° giugno.

Aperta e disposta la vescica come nei casi precedenti, constato che il tumoretto è peduncolato, che la mucosa tutto all'ingiro è sana, che non esiste infiltrazione apparente. Il tumoretto, bene illuminato con riflettore elettrico, si presenta afflosciato ed assai poco discosto dallo sbocco ureterale. Non ritenendo, per l'indubbia benignità del tumore, necessario resecare l'uretere ed essendo d'altra parte facile comprenderne lo sbocco in una sutura nel caso di resezione della mucosa, lego il peduncolo con catgut, previa trasfissione, con nodo a catena. In tal modo lo sbocco dell'uretere è risparmiato ed il tumore viene esciso completamente.

Pratico sutura totale della vescica a doppio strato in catgut e totale delle pareti. Metto un piccolo zaffo nello spazio del Retzius ed il catetere permanente. La guarigione operatoria avvenne tipicamente in 15 giorni. Le urine si fecero ben presto limpide e si mantengono tuttora tali, dopo quattro mesi dall'operazione, la quale arrecò salute completa al paziente.

Il tumoretto, del peso di pochi grammi, è molle, quasi mucoso, e, messo nell'acqua, svolge subito i suoi esilissimi villi. L'esame istologico ci conferma la diagnosi di papilloma semplice villoso non infiltrato. I singoli villi sono formati da cellule epiteliali fusiformi disposte ordinatamente attorno ad un asse centrale congiuntivo vasale. E' uno di quei tumori che si classificano dagli istologi fra i tumori a tessuto epiteliare tipico.

5.° PAPILLOMA del contorno del collo vescicale.

C...., Andrea, d'anni 55, cuoco, celibe, di Milano.

Entra al padiglione Litta il 13 agosto 1907.

Nulla di notevole nell'eredità e nel passato patologico. Sofferse blenorragia a 30 anni, durata alcuni mesi, ma ne guarì. Non ebbe sifilide e non è forte bevitore. La presente malattia cominciò cinque mesi fa, con tenesmo vescicale, bruciore nella minzione, senza frequenza e con urine limpide. Ricorse ad un ambulatorio ove, ritenutosi che gli attuali disturbi dipendessero dalla blenorragia sofferta, fu sottoposto a lavacri uretro-vescicali e dilatazione uretrale progressiva. Ma questa cura, durata una quindicina di giorni, non recò sollievo: dovette anzi essere sospesa per l'insorgere di ematuria, frequenza, urine torbide, Praticatagli poco dopo la cistoscopia, fu ritenuto affetto da calcolo e con tale diagnosi inviato all'ospedale. Quivi specialmente si lagna di dolore terminale, di qualche goccia di sangue alla fine del mitto, di arresto del mitto stesso specie se effettuato nella stazione eretta. La minzione però riprende col cambiare della posizione del corpo,

L'esame generale non ci fa rilevare nulla d'importante all'infuori di notevole pallore, note d'entisema, toni fiacchi.

L'esame urinario esterno è completamente negativo. L'esplorazione combinata della prostata e della vescica è pure negativa. L'uretra non ha stenosi, il percorso prostatico è un po' dolente, l'esploratore vescicale non rileva corpi stranieri.

Le urine appena emesse sono roseo scure, poscia la-

sciano un sedimento brunastro. Le ultime goccie emesse sono un poco più cariche del restante dell'urina. Al microscopio si trovano emazie abbondanti e leucociti più della norma.

Previo qualche giorno di lavatura vescicale fatta delicatamente a mezzo di sonda molle, pratico la cistoscopia ed osservo la presenza di un corpo mobile, facilmente spostabile, grosso come una noce, biancastro, affatto simile a un calcolo, e lo giudico diffatti un calcolo fosfatico. Il trigono è piuttosto infiammato ed in corrispondenza della metà destra del collo vescicale osservo una piccola salienza carnosa, liscia che potrebbe essere interpretata come un tumore iniziale: tuttavia il rilievo è incerto. A cistoscopia finita osservo che per l'esistenza di un calcolo fosfatico secondario, necessiterebbe l'esistenza di un catarro cronico con urine alcaline, circostanze che qui mancano. Ad ogni modo l'indicazione dell'intervento mi pare giustificata dai disturbi del paziente datanti da mesi e dal rilievo cistoscopico.

La cistotomia (21 agosto 1907), eseguita come di solito, ci fa scoprire un corpo libero in vescica, delle proporzioni di una moneta da cinque centesimi, appiattito, grigio, di consistenza semisolida, fibrinoso. Era infatti un coagulo fibrinoso. Come poi si era rilevato col cistoscopio, esisteva un bottone carneo della grandezza tripla di un pisello, sessile, coperto da mucosa sana. Distrussi col Paquelin questo tumoretto che era assai probabilmente un epitelioma non infiltrante e chiusi la vescica completamente.

Il 4 settembre l'ammalato usciva del tutto guarito con urine limpide.

In questo caso è da osservare:

1.° che l'ematuria, clinicamente vescicale, non ebbe nulla del tipo classico, benchè esistesse il tumore;

2.° che la cistoscopia, che ci fece rilevare il tumore, ci addusse in un notevole errore sulla natura del corpo libero, il quale era stato sospettato come tale dalle sospen-

sioni transitorie del mitto, ma naturalmente non poteva essere notato dall'esploratore metallico;

3.° che, cio non pertanto, l'operazione era giustificata;

a) per la presenza del tumore;

b) pel coagulo fibrinoso, il quale nè spontaneamente poteva essere emesso, nè per le vie naturali poteva essere estratto, potendo inoltre farsi nucleo di un futuro calcolo.

6.° ADENO-CARCINOMA della cupola vescicale. Resezione transperitoneale della vescica (guarigione).

B.... Antonio, 63 anni, contadino da Lainate: entra al Padiglione Litta il 15 agosto 1907.

Non ricorda bene gli antecedenti di famiglia, ma pare non vi sia nulla d'importante. Egli godette sempre buona salute: non sofferse che indisposizioni passeggere. Non è fumatore nè bevitore. Da un paio di mesi circa si è accorto di avere al disotto dell'ombellico una tumescenza indolente alla palpazione, ma che si fece notare per qualche dolore lancinante. Il paziente però si lagna in special modo di disturbi della minzione rappresentati da frequenti bisogni e da fatica nell'emissione delle urine che, ogni volta, sono espulse in piccola quantità ed a piccoli getti interrotti. Le urine furono sempre chiare. Egli accusa anche senso di peso all'ipogastrio e malessere generale. Oltre a ciò ha qualche volta tenesmo rettale. Il collega che lo ebbe a visitare prima del suo ingresso all'ospedale, praticò il cateterismo ed estrasse più d'un litro d'urina assai ricca di sangue. Prima d'allora e dopo, durante la degenza all'ospedale, non ebbe più ad osservare sangue nelle urine.

All'esame somatico si nota che l'individuo è di regolare costituzione scheletrica, con colorito bruno della pelle, con masse muscolari e pannicolo adiposo bene conservati. Il sistema linfatico periferico è normale. Nulla di notevole si rileva all'esame polmonare e cardiaco. Si osserva discreta prominenza tondeggiante all'ipogastrio (vescica distesa) e nella parte alta di questo, poco al disotto dell'ombellico, una piccola tumescenza che alla palpazione appare un

corpo del volume d'una arancia, a superficie irregolare, con discreta mobilità in tutte le direzioni ma specialmente nel senso trasversale. Detto tumore scompare affatto facendo contrarre i muscoli della parete addominale. Svuotando la vescica, man mano che l'urina esce dalla sonda, il tumore si fa sempre meno evidente e si porta in basso verso il piccolo bacino. A vescica vuota esso è indistintamente avvertibile. Allora con l'esplorazione rettale combinata non si nota che al disopra della prostata esista una tumescenza che si riconnetta col tumore palpato all'addome. La prostata è normale per consistenza e volume - uretra libera - palpazione renale ed ureterale negativa, come pure la palpazione profonda dell'addome.

Esame cistoscopico: il segmento inferiore della vescica è normale, il trigono pallido, gli sbocchi ureterali simmetrici e sani. Verso la cupola invece si osservano, una forte congestione della mucosa, che appare mammellonata, e delle sinuosità e cavità che si potrebbero interpretare come celle vescicali, disposte attorno ad un orlo biancastro rilevante e disposto circolarmente. Nell'interno di questo rilievo circolare la parete vescicale si allontana sì che non se ne possono apprezzare le particolarità: solo al centro si scorge una chiazza biancastra. In complesso però non si scorge far prominenza nell'interno della vescica un corpo distinto.

Esame delle urine: acide, lievemente torbide, p. sp. 1015, urea gm. 14 per litro: al microscopio aumento notevole di leucociti, discreto numero di emazie. Nessun frammento di tumore.

L'anamnesi in questo caso ci era di scarso aiuto per la diagnosi, ma l'esame obiettivo dimostrava che il tumore se non apparteneva proprio alla vescica, certo con essa aveva salde aderenze. L'esame cistoscopico poi ci dimostrava che esisteva realmente una lesione della cupola vescicale, per quanto non bene apprezzabile nella sua apparenza patologica. Eravi stata un'ematuria, persistevano globuli rossi nelle urine: si poteva quindi porre la diagnosi di tumore vescicale non cavitario e stabilire l'indicazione

d'un intervento operativo. La ritenzione quasi completa non si poteva spiegare che con uno stato di paresi del detrusore compromesso dalla presenza del neoplasma, non essendosi trovato nè stenosi uretrale nè ipertrofia di prostata.

Il 25 agosto, previa posizione di Trendelemburg, pratico l'incisione ipogastrica e trovo la piega peritoneale nella sua sede ordinaria. La vescica viene fissata con due anse di seta al divaricatore, indi, svuotato il liquido iniettato, apro la vescica per piccolo tratto. L'esplorazione digitale endovescicale dimostra che la tumefazione che si palpava attraverso la parete addominale è sviluppata a spese della cupola della vescica. Decisa l'asportazione del tumore, chiudo provvisoriamente la ferita vescicale, e apro d'animo deliberato il peritoneo la cui porzione vescicale era saldamente adesa al tumore. Incido trasversalmente il peritoneo sulla faccia posteriore della vescica, verso lo spazio del Douglas, e, facendone un lembo, lo suturo con seta al peritoneo anteriore sì da chiudere del tutto la cavità addominale. Così la cupola vescicale coperta dal peritoneo corrispondente è libera da ogni adesione. Il tumore si presenta allora nella sua integrità. Esso appare sotto forma di una grande placca comprendente tutta la cupola, la quale ha formato come un grande diverticolo ampiamente comunicante col corpo vescicale. Protetta la sutura peritoneale, reseco completamente la cupola dellla vescica, asportando così tutto il tumore. La breccia vescicale risultante resta così ampissima e si estende dal disopra del pube fino alla parete posteriore della vescica. La superficie vescicale asportata corrisponde a più d'un terzo della totalità dell'organo. Il restante della mucosa è un po' congesta, alquanto tumida in qualche punto, ma nel complesso sana. Gli sbocchi ureterali rimangono illesi. Pratico la sutura totale in catgut a doppio strato dell'ampia breccia vescicale e, suturando in parte a tutto spessore le pareti, pongo uno zaffo nel cavo del Retzius e due tra la sutura vescicale e la peritoneale. Catetere a permanenza.

Il decorso postoperativo fu ideale. La vescica non per-

dette una goccia d'urina e l'ammalato lasciò il 15 settembre la sala ospitaliera completamente guarito.

Il tumore asportato comprende un pezzo della parete vescicale a tutto spessore, elissoidale, di diametro minimo di cent. 10, massimo di 15, a forma di calotta. La superficie esterna è normale, l' interna è ricoperta da mucosa e presenta villosità, avvallamenti, una chiazza cicatriziale sclerosata al centro ed un bordo assai congesto alla periferia (la cistoscopia ci aveva fatto notare queste particolarità). Lo spessore della massa neoplastica è di tre a quattro centimetri e comprende tutti gli strati vescicali, che non si possono più distinguere l'uno dall'altro. All'esame istologico (D.r Zenoni) risultò trattarsi di «carcinoma infiltrante a tutto spessore le pareti della vescica ed avente nelle parti più profonde molto distintamente la struttura di adenocarcinoma».

*
* *

Le considerazioni pratiche che si possono dedurre da questi casi di tumori vescicali sono di indole anatomopatologica, diagnostica e terapeutica.

1.° Fra i sei casi osservati, tre appartengono alla classe dei benigni (2°-4°-5°) e tre a quella dei benigni (1°-3°-6°), se si vuole tener conto della vecchia classificazione adottata dal Guyon, dal Pousson nella sua monografia sui tumori del 1886, da Stein, Whitehead e Pollard, Watson, Jamin, ecc, (Clado). Ma volendo tener presente invece la classificazione più scientifica dell'Albarran, che è la più generalmente adottata, perchè fondata sulla natura istogenica dei neoplasmi, i primi tre (i benigni) appartengono ai tumori epiteliali del gruppo vescicale adulto, cioè ai *papillomi*, tumori epiteliali tipici: gli altri tre invece (i maligni) sono del gruppo epiteliale atipico, cioè sono *carcinomi* od *epiteliomi infiltrati*. Il Thompson avrebbe chiamato i primi omeoplastici, eteroplastici gli altri, ed il Clado endogeni quelli, esogeni questi.

Secondo il Motz vi sono tumori d'origine vescicale od urinari e tumori d'origine extra-vescicale, che sarebbero in numero prevalente.

I tumori d'origine vescicale sono i non epiteliali (fibromi, miomi, mixomi), forme rare, ed i tumori epiteliali tipici ed atipici, che non si infiltrano o si infiltrano raramente. Questi sono a cellule fusiformi, cellule urinaria, e possono essere benigni e maligni.

Gli epiteliomi tipici o papillomi sono formati da cellule epiteliali fusiformi, disposte ordinariamente attorno ad un asse centrale congiuntivo-vascolare: non sono che villosità riunite in ammasso.

Gli epiteliomi atipici non hanno ordine nella disposizione cellulare: sono grandi ammassi di cellule fusiformi, talora con tendenza ad infiltrare le pareti profonde —: sono epiteliomi urinari atipici.

Tra i tumori d' origine vescicale ci sono ancora due forme epiteliali secondarie, l'adenoma ed il cancroide.

L'adenoma è una forma benigna, ma rara. Furono descritti quattro casi dal Motz nell' uomo, uno dall' Albarran ed uno dal Kaltembach nella donna.

L' adenoma può degenerare ed assumere la forma di adeno-epitelioma, forma già descritta dal Thomson, dal Headley ed accettata dall' Albarran come entità morbosa autonoma.

Fra i miei casi il terzo ed il sesto furono dimostrati adenocarcinomi, il primo con sospetto d'origine dalla prostata. Per l'etiologia del secondo bisognerebbe invocare la teoria degli acini aberranti, in quanto che si è svolto nella parte più alta della vescica, ove più raramente prendon sede i tumori vescicali. Anche l'Alessandri ne' suoi quattro casi pubblicati nel 1904 nel Policlinico, riportò un esemplare di tumore carcinomatoso della cupola.

Un altro caso fu da me osservato ultimamente in un soggetto che non presentava che lievi sintomi di cistite e non aveva mai avuto ematuria.

Il cancroide è pure raro e deriva dalle placche leucoplasiche della cistite cronica. È perciò tumore urinario e si presenta sotto forma di perle epidermiche colle cellule che-

ratinizzate al centro, cui seguon le cellule cubiche e le cellule cilindriche più all'esterno (pelle arrovesciata).

Tutti questi tumori, secondo il Motz, non sono gravi in quanto essi non si infiltrano o si infiltrano raramente, non dando mai metastasi od infiltrazioni ghiandolari se non tardivamente.

Per quanto questa affermazione sia forse troppo ottimista, è certo tuttavia che esistono esempi numerosi di soggetti, affetti da lunga serie d' anni da tumori epiteliali non infiltrati, che, nonostante ripetute emorragie, si mantengono abbastanza bene in salute. Io ho potuto osservare oltre ai casi operati, altri sei casi di tumori di vescica, cinque in uomini, uno in una donna. In due di essi le ematurie datano da sei anni: in uno esiste un grosso polipo peduncolato. nell' altro un piccolo tumore sessile, assai bene dimostrato dal cistoscopio: entrambi questi pazienti attendono alle loro occupazioni di operai.

I tumori extra vescicali del Motz costituiscono il vero cancro e derivano il più delle volte dalla prostata. Questa osservazione fu fatta dal Klebs. Sono cioè tumori primitivi della prostata, secondari della vescica. Queste idee del Klebs, sostenute dal Motz, furono negate dal Guyon, dall'Albarran, dal Clado. Questi tumori sono i più maligni e si infiltrano facilmente dando metastasi, adenopatie e cachessia.

Il primo ed il terzo dei miei operati avevano certamente una forma di cancro per lo sviluppo rapido, per la cachessia, per la recidiva, per l' esame istologico. Il terzo aveva però primitivamente assunto una forma peduncolata, propria dei papillomi. Fu pure dimostrato che non tutti i papillomi sono benigni e che non tutti i cancri hanno la forma sessile.

Il Motz ed il Monfort sostengono che tre quarti dei tumori di vescica infiltrati sono d'origine prostatica. A prova di ciò addussero il fatto che nella donna il tumore infiltrato è rarissimo ed è anche allora di solito di origine extra vescicale (utero).

Durante la mia permanenza all' ospedale Nécker ho

potuto osservare col Motz i sette esemplari del museo Guyon di tumori vescicali infiltrati muliebri. Orbene due di quelli sono cancroidi e cinque sono secondari a tumori dell' utero.

Come ho potuto anch'io constatare i tumori vescicali sono assai più frequenti nel maschio che nella fèmmina. Ho osservato 12 ammalati di tumore vescicale, fra i quali una sola donna, affetta da un piccolo tumore poliposo assai vicino al collo vescicale e che faceva spesso da tappo insinuandosi nel lume uretrale.

Nei miei ammalati non ho mai osservato la pluralità dei tumori, pluralità che fu dimostrata frequente e che fu spiegata dall'Abarran per innesti da contatto, spiegazione che farebbe già ammettere una certa malignità nell'epitelio anche nei tumori epiteliali ritenuti benigni.

Quanto alla sede rammenterò come un solo dei miei operati avesse un tumore al di fuori della zona ritenuta prediletta per lo sviluppo di tali forme patologiche. Il Guyon sostenne che ciò dipende dal fatto che la parete inferiore della vescica è, funzionalmente, la più importante ed attiva.

2.° La sintomatologia, tanto dal lato soggettivo, quanto dal lato oggettivo, di cui ho potuto tener conto nei miei casi clinici, appare in complesso quella indicata dai classici e magistralmente illustrata dal Guyon. Da caso a caso vi sono però circostanze speciali di fatto che meritano di essere rilevate ed è di quelle precipuamente che io mi occuperò.

Dirò qui subito che ai segni fisici proprii della clinica classica, vanno aggiunti oggidì quelli importantissimi della cistoscopia, tanto importanti che alcuni vollero distinguere una diagnosi clinica da una diagnosi cistoscopica. Non ritengo che ciò sia scientificamente esatto, innanzi tutto perchè nei tumori la cistoscopia od è matematicamente dimostrativa od a nulla serve, secondariamente perchè l'esame endoscopico non è che un mezzo, benchè talora il precipuo, d'indagine fisica d'aggiungere agli altri della clinica comune

I sintomi clinici razionali di maggior valore sono la

ematuria, nelle modalità speciali che verrò indicando, e la *presenza di frammenti* di tumore nell'urina.

L'ematuria in molti casi assume caratteri così bene definiti che essa può divenire allora un sintomo patognomonico.

Tali caratteri sono:

a) l'apparizione spontanea senza causa apprezzabile e senza alcuna turba precedente della minzione.

b) la riapparizione facile e frequente.

c) la lunga durata.

d) la resistenza ad ogni medicazione.

Tali sintomi sono indipendenti dalla sede d'impianto, dalla natura e dal volume del tumore (Guyon).

Il più delle volte l'ematuria da tumore vescicale ha realmente questi caratteri, ed io ho potuto constatarlo nei casi riferiti primo, terzo, quarto, ed in due altri ammalati non operati ed in cui la diagnosi fu accertata, in uno con la cistoscopia, in un altro da un frammento microscopico. Farò osservare che se negli ammalati primo e terzo si tratta di tumori infiltrati, nel quarto caso il tumore era rappresentato da un semplice papilloma villoso.

Ma non sempre i fatti procedono così. Furono da tutti osservati casi in cui l'ematuria o non apparve o si manifestò tardivamente quando altri sintomi erano da tempo stati rilevati. Nel secondo e quarto ammalato dell'Alessandri il sangue apparve dopo l'insorgenza d'altri sintomi. Così nel mio ammalato della seconda storia clinica si ebbero dapprima dolori terminali, a breve distanza seguiti da ematuria che fu sempre modica. Nel quinto caso l'ematuria insorse dopo che l'ammalato fu sottoposto a manovre uretrovescicali. Ma precipuamente interessante è la modalità dell'ematuria dell'ultimo ammalato, per nulla indicante un tumore. Infatti l'ultima volta che egli ebbe ematuria fu quando dopo un viaggio su carro fu sottoposto a sondaggio evacuativo vescicale.

L'urina uscì subito sanguinolenta e si mantenne tale fino a vescica vuota, circostanza che mi fece escludere trat-

tarsi d'emorragia ex vacuo, per troppo rapida e completa evacuazione. Qui certo ebbe importanza il traumatismo del viaggio. Però a differenza degli altri, in questo caso il tumore era della volta vescicale e quindi sottoposto assai meno dei tumori del trigono agli effetti delle contrazioni vescicali, il che può spiegare quasi l'assoluta mancanza di ematuria in questo soggetto. Nel caso terzo dell'Alessandri, in cui si trattò pure di tumore della volta, ci furono ematurie ripetute, ma il tumore era complicato a cistite ed a calcolosi. Perciò io credo che la sede d'impianto del tumore abbia importanza nelle modalità dell'emorragia. Così un tumore del trigono sarà in genere più emorragico di un tumore delle pareti. Il Ferria, negli Annali del Guyon del 1895 riferì un caso d'ematuria da tumore in cui la massima intensità di colore era al principio del mitto: il tumore, peduncolato, si insinuava nell'uretra.

Oltre al sintoma ematuria, che è il più costante e che può da solo indicare la diagnosi, vi ha la constatazione di particelle di tumore nelle urine. Quando questa constatazione è positiva il sintoma ha valore diagnostico decisivo. Tali particelle possono esistere nell'urina senza che ci sia stata mai ematuria. Nei casi in cui non si trovino spontaneamente frammenti di tumore nelle urine, la Scuola Tedesca ha indicato di provocarne l'espulsione con iniezioni forzate di liquido in vescica o coll'ablazione istrumentale per le vie naturali, Il Durante cercò di raggiungere lo scopo coll'aspirazione. Ma questi metodi sono indubbiamente pericolosi potendo fare insorgere ematurie così gravi da indicare una cistotomia d'urgenza come è avvenuto a Cooper ed Hutchinson (citati dal Guyon). Il Thompson fu assolutamente contrario a questa pratica ed il Guyon afferma di còndividere tale parere.

L'esame dei frammenti espulsi non fornisce dati certi sulla natura istologica generale del tumore, poichè è accertato che le parti superficiali del tumore hanno talora una struttura differente da quelle della sua base di impianto.

In tutti gli ammalati che ho osservato, feci la ricerca

di frammenti di tumori nelle urine. Solo in tre potei accertar la diagnosi con questo mezzo: in uno, non operato, che aveva un grosso papilloma vescicale datante già da tre anni, e negli operati terzo e quarto. In quest'ultimo si è osservato al microscopio un villo elegantissimo completo. Non sentii mai necessità di provocare l'espulsione di frammenti, perchè, in mancanza di questo, altri sintomi ed indagini condussero ad un diagnostico esatto.

Il sintoma *dolore*, a cui ha dato speciale importanza il Thompson e che secondo il Guyon viêne in terza linea dopo i due precedenti, mi è sembrato manifestarsi in qualche mio ammalato con caratteri speciali, che credo giovi farne menzione. Tuttavia il sintoma dolore assume valore clinico in genere quando è accompagnato dall'ematuria. Secondo il Thompson, il dolore precede l'ematuria nei tumori benigni, la segue nei maligni. Pel Guyon il dolore non è che l'esponente della cistite, che si ordisce per lo più tardi. Qualche volta è precoce e si tratta allora di tumori prossimi al collo e che possono ostacolare la libera emissione dell'urina. Mentre non ho potuto constatare che nei tumori maligni da me osservati il dolore abbia preceduto l'ematuria, così non sempre ho riscontrato il dolore indice di cistite. Nel sesto ammalato, il dolore mancò completamente, il che è spiegabile dalla sede del tumore e dal suo sviluppo piuttosto esogeno. Nel secondo e nel quinto invece il dolore precedette l'ematuria, pur trattandosi di tumori benigni e senza che ci fosse cistite. Il dolore, rappresentato da frequenza e tenesmo, non può qui essere spiegato che come fenomeno nervoso riflesso. Nel terzo caso esisteva invece la forma dolorosa da cistite e nel primo, in cui vi erano pure note di cistite, il dolore fu modico e tardivo. Nel quarto caso infine il dolore fu scarso e tardivo e fu preceduto dalla ematuria: neppure in questo caso si poteva ammettere la esistenza di flogosi vescicale.

Da queste risultanze di fatto si deve arguire che il sintoma dolore non ha note caratteristiche, come le ha in

genere l'ematuria, e che quindi esso non ha valore se non unito ad altri sintomi più razionali.

Ai sintomi razionali seguono i *segni fisici* desunti dalla palpazione ipogastrica, dall'esplorazione rettale o vaginale, dal cateterismo e dalla cistoscopia. La combinazione della palpazione ipogastrica coll'esplorazione rettale e vaginale, può dare risultati assai vari ma significativi. Se il tumore infiltra la parete vescicale, questa può apparire bernoccoluta, con zone d'indurimento: se il tumore è voluminoso, senza infiltrare le pareti, si può spingerlo da una mano verso l'altra ed avere la sensazione di afferrare una massa pastosa. Queste eventualità le riscontrai nel primo e terzo operato. Ma spesso, come mi fu dato osservare in tutti gli altri casi, l'esplorazione è negativa, e questo è sintoma pronostico favorevole se tutto il resto della sintomatologia appoggia la diagnosi di tumore.

Il cateterismo, evacuativo od esplorativo, ha notevole importanza. Col primo specialmente si stabilisce se l'ematuria è vescicale, deducendolo dal sangue terminale, sia spontaneo, sia prodotto da lavatura vescicale, fenomeno che manca nelle ematurie d'origine renale. Il secondo può fornirci dati sull'esistenza e sul volume del tumore, ma, oltre ad essere pericoloso, spesso è anche negativo. Ricordo qui soltanto che nel mio, terzo operato il becco dell'eploratore non girava affatto a sinistra, ove era impiantato il tumore.

I segni fisici più importanti e decisivi per un diagnostico ci vengono dalla cistoscopia, alla quale nessuno oggidì può negare l'alto valore pratico. Colla cistoscopia possiamo anzitutto differenziare un'ematuria renale da una vescicale. L'ematuria renale assume assai spesso, specialmente in principio, tanto se da tumore come se da tubercolosi, il carattere accessionale di quella da tumore vescicale. Lo scorgere in tal guisa una vescica sana, in cui un uretere eiaculi del sangue, ci indica subito la diagnosi di sede dell'ematuria. Non sempre poi l'ematuria da tumore vescicale, come si è detto, ha caratteri patognomonici e non sempre allora coi dati clinici è dato differenziarla da

altre lesioni vescicali, quali la tubercolosi, la calcolosi, l'ulcera essenziale, le varici, le congestioni prostato-vescicali dei prostatici. Talora anche si è notato la combinazione di un tumore con una di queste forme. La sintomatologia clinica allora è oscura e perciò o non possiamo fare una diagnosi o, se è possibile, e però incompleta.

Il cistoscopio ci ndica in queste contingenze chiaramente la diagnosi. Così nei miei ammalati secondo e quarto il diagnostico fu quasi esclusivamente fatto per mezzo della cistoscopia. In tal maniera abbiamo una serie di casi clinici in cui la cistoscopia è indispensabile per la diagnosi e quindi per la prognosi e pel trattamento terapeutico. Mercè di essa si può fare talora un precoce diagnostico e potere così aggredire un tumore al suo inizio prima che abbia assunte proporzioni o aderenze allarmanti.

V'è poi una serie di casi in cui la clinica classica ci fornisce mezzi per un sicuro diagnostico. Allora la cistoscopia, se non è necessaria, è però utile per stabilire i caratteri speciali del tumore, specialmente il volume, il modo d'impianto, l'ubicazione, i rapporti. Con questo esame ad esempio, ebbi la nozione che nel mio quarto ammalato, il tumore era assai prossimo allo sbocco ureterale sinistro e che avrei dovuto quindi premunirmi contro ogni eventualità di lesione dell'uretere: che negli ammalati primo e terzo il tumore era esteso, a larga base od a largo peduncolo, e che quindi la prognosi doveva essere subordinata a queste condizioni poco favorevoli per un intervento radicale semplice e per la maggior probabilità di recidiva.

Ma la cistoscopia non è sempre possibile non lo è quando l'ematuria è imponente, quando il volume del tumore è tale da impedire o l'introduzione o la libera manovra del cistoscopio, e quando esiste intensa cistite. In genere l'endoscopia dà i migliori risultati quando si tratta di osservare piccoli oggetti che possano essere messi bene a fuoco del prisma riflettore. In tal caso tutto l'oggetto cade nel campo d'osservazione e se ne possono abbracciare i caratteri con esattezza. Perciò non credo che si possano

stabilire delle indicazioni e delle controindicazioni alla cistoscopia per tumori. La cistoscopia è sempre indicata: tutta la quistione sta invece nella possibilità di servirsene. Fra le impossibilitá credo se ne debba riconoscere precipuamente una, il volume, poichè l'ematuria e la cistite spasmodica possono essere opportunamente curate e possono permetterci un discreto esame se non immediatamente, almeno in un periodo di tempo più o meno lontano.

3.° Per quanto si riferisce alle indicazioni, alle contro indicazioni ed ai risultati terapeutici, ritengo che in linea generale un neoplasma vescicale indichi intervento chirurgico, poichè difficilmente un neoplasma decorre senza essere di grave danno alla salute dell'infermo. Il dolore, l'ematuria, la cistite, la ritenzione, la intossicazione urinosa generale accompagnano sempre, isolate od unite, la presenza del neoplasma, e, minacciando la vita del paziente, impongono l' opera del chirurgo. Essendosi osservati talora tumori vescicali che durarono molti anni senza compromettere la vita, fu ritenuto pel passato doveroso il temporeggiare in attesa che sorgesse una urgenza d' intervento: di tale opinione era anche il Guyon. Oggidì il concetto generale dell' operabilità precoce e radicale dei tumori deve applicarsi anche alla chirurgia vescicale. Difatti nella Riunione del 1905 dell'Associazione francese d'urologia fu appunto convenuto che per pretendere dalla chirurgia dei tumori vescicali efficacia terapeutica duratura si devono tener presenti due condizioni: *intervento precoce, estirpazione completa.*

È risaputo che la recidiva dei tumori epiteliali della vescica è cosa molto comune e che tutta la quistione consiste nell'allontanare quanto più è possibile il ripetersi del morbo. I papillomi stessi che rappresentano la categoria dei tumori epiteliali benigni, recidivano qualche volta, (l' Albarran su ...to casi ebbe due recidive). È stato anche osservato che un papilloma non estirpato può recidivare con caratteri di malignità, ripetendosi come tumore infiltrato. Il Malherbe (resoconto della Riunione francese d'urologia del 1906) non crede a queste evenienze ed afferma che se ciò si osserva,

dipende dal fatto che già nel tumore primitivo esistevano elementi di malignità verso la sede d'impianto del tumore.

Il concetto dell'operabilità dei tumori vescicali viene dalle considerazioni che clinicamente essi sono sempre maligni, sia per la loro natura istologica, sia per la gravità dei sintomi o delle complicazioni che li accompagnano (Albarran). Gli è perciò che dal lato della terapia chirurgica si è trovato doversi adottare la vecchia classificazione anatomica del Guyon di tumori *peduncolati*, *sessili*, *infiltrati*, come quella che meglio risponde alle indicazioni anatomiche dell' intervento. Quindi le diagnosi più che alla natura istologica dal tumore, deve essere rivolta alle sue particolarità macroscopiche e precipuamente alla forma ed alla sede. L'esplorazione rettale e la cistoscopia ci forniranno in linea generale queste indicazioni.

Per quanto riguarda l'esplorazione rettale giova qui ripetere quanto dice il Guyon che « l' indicazione d'operare è in ragione inversa della precisione dei rilievi forniti dall'esplorazione rettale: più questi rilievi sono positivi, più la situazione sarà grave e poco favorevole alla operazione. » Per attenersi dunque sempre al concetto di operazioni realmente utili, bisogna precocemente diagnosticare e generosamente demolire. Soltanto nei casi di papillomi si potrà limitarsi all'estirpazione del tumore alla sua base d' impianto sulia mucosa vescicale, specialmente se si tratta di papilloma a peduncolo sottile. Quanto più il peduncolo è largo e di solida consistenza, qualunque sia l'aspetto superficiale del tumore, tanto più la probabilità d'infiltrazione larvata delle pareti si la grande, e si impone la necessità di larghe resezioni vescicali. A maggior ragione ci comporteremo in tal guisa in presenza di tumori sessili, nei quali la probabilità d' infiltrazione è di molto maggiore che non nei peduncolati. Le resezioni o cistectomie parziali hanno preso in questi ultimi tempi il sopravvento sulle semplici ablazioni sottomucose consigliate dal Guyon. Oggidì si reseca a tutto spessore, preferibilmente dall' esterno verso l' interno, qualunque sia la sede del tumore, resecando e

trapiantando all'occorrenza gli ureteri (ureterocistoneostomia) Finchè dunque si tratti di tumori peduncolati o sessili potremo dire non esistere per essi controindicazioni all' infuori di quelle che vengono dalle condizioni generali. Con un intervento radicale possiamo procurare all' infermo spesse volte una guarigione duratura, talora soltanto un lungo periodo di benessere, durante il quale il paziente può completamente rimettersi dalla gravi perdite e sofferenze dipendenti dal processo morboso.

Non così le cose procedono se si tratta di tumori infiltrati e precipuamente di quella categoria di carcinomi che il Klebs ed il Motz dichiararono d'origine extravescicale. Salvo il caso di tumori infiltrati della porzione libera della vescica, ove ancora si potranno fare ampie ablazioni, in tutti gli altri che abbiano sede alla base della vescica, l'intervento sarà solo palliativo, indirizzato specialmente a combattere il sintomo ematuria, o radicale, nel senso di portare ad esecuzione la cistoprostatectomia totale con trapianto extraurinario degli ureteri, operazione la cui gravità immediata non è giustificata dagli scarsi vantaggi futuri. Su trenta casi di cistectomia totale, raccolti dai Rafin nel suo resoconto alla nona sezione dell'Associazione francese d'urologia, diciassette operati sono morti per effetto dell'operazione. Degli altri tredici i più sono morti a breve distanza o per infezione renale o per recidiva. È cosa poi da tener presente che in questi pazienti ci sono sempre indubbiamente lesioni ghiandolari linfatiche che distruggono in breve anche immediati vantaggi favorevoli. Il più delle volte adunqne bisognerà accontentarsi d'operazioni palliative, rappresentate dalla cistoscomia, dagli scucchiaiamenti e raschiamenti, dalle cauterizzazioni, indirizzate al solo scopo di ovviare ai gravi sintomi del tumore.

Fra gli ammalati di cui ho riferito le storie cliniche, ebbi ad osservare tre papillomi e tre carcinomi. Dei tre papillomi, uno è guarito da oltre due anni, gli altri due sono operati da pochi mesi e di essi non si può dire altro che per ora stanno perfettamente bene. Dei tre carcinomi, l'ul-

timo, che era della volta vescicale e pel quale fu fatta una resezione ampia transperitoneale della vescica, è di recente guarito. Mancando assolutamento in esso sintomi di generalizzazione ed avendo ottenuto una guarigione ideale, possiamo sperare in una buona sopravvivenza, se pure la ritenzione, di cui è ancora affetto e che esige autocateterismo quotidiano, non sia una minaccia di non lontana infezione vescico-renale. Degli altri due ammalati operati nel 1905, il primo aveva carcinoma infiltrato della base e non fu possibile che una operazione palliativa, la quale diede una sopravvivenza di sei mesi circa, mentre quando entrò nello ospedale era in condizioni generali pessime per le gravi ematurie sofferte: l'altro ammalato era affetto da un tumore carcinomatoso peduncolato che fu asportato colla resezione endovescicale. Il risultato immediato fu ottimo, ma si ebbe metastasi nelle pareti addominali a circa otto mesi dall'operazione con caratteri di vero carcinoma encefaloide.

Concludendo: la presenza di un tumore vescicale può sempre indicare la necessità di un intervento chirurgico, perchè nè la clinica nè la cistoscopia possono darci sempre sufficienti cognizioni sulla natura anatomopatologica e quindi sulla malignità e benignità del tumore.

Salvo i casi quindi in cui la diagnosi di malignità ci venga data dai segni fisici, nei quali od asporteremo tutta la vescica colla prostata o più prudentemente ci asterremo o ci atterremo a piccoli interventi palliativi, in tutti gli altri casi non esiteremo ad intervenire chirurgicamente, potendo tra questi trovarne molti nei quali la cura operativa riesce veramente radicale.

